N° 30.

SYMPTOMES

DE

L'AORTITE CHRONIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

LE 7 JUILLET 1885

PAR

ALPHONSE HERVÉ
Né à Saint-Malo (Ille-et-Vilaine)

Médecin de la Marine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER
IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5
1885

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. CASTAN Doyen.
GRASSET..... ....
LANNEGRACE..... Assesseurs

Professeurs.

	Messieurs :
Clinique médicale.	DUPRÉ (✲ C ✠).
Anatomie.	BENOIT (O. ✲ ✠).
Clinique médicale.	COMBAL (✲ ✠).
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER (✲).
Physique médicale.	MOITESSIER (✲).
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL (✲).
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON (✲ ✠).
Physiologie.	LANNEGRACE.
Clinique obstétricale et gynécologie	L. DUMAS.
Clinique chirurgicale, ch. du cours	SERRE.
Opérations et appareils. id.	CHALOT.
Pathologie externe.	N.

Doyen honoraire: M. BENOIT (O. ✲ ✠).
Prof. honor. MM. MARTINS (O. ✲). COURTY (✲). I. DUMAS (✲).

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants.	MM. BATLLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan.	GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards.	HAMELIN (✲), agrégé.

Agrégés.

Messieurs :		Messieurs
JACQUEMET.	MAIRET.	TÉDENAT.
GRYNFELTT.	CHALOT.	BLAISE.
DE GIRARD.	BIMAR.	BAUMEL.
SERRE.	MOSSÉ (✲).	VILLE.
CARRIEU.	REGIMBEAU (✲).	GRANEL.

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire.

Examinateurs de la Thèse :

MM. DUPRÉ, *président ;*
CAVALIER, professeur;
MAIRET, agrégé.
MOSSÉ, agrégé ;

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A la Mémoire de mon Père

A MES PARENTS

A MES AMIS

A. HERVÉ.

A Monsieur CUNÉO

Médecin en chef de la Marine
Professeur de clinique médicale aux écoles de médecine navale

Hommage de ma profonde gratitude et
de mon respectueux dévouement.

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur DUPRÉ

A. HERVÉ.

SYMPTOMES DE L'AORTITE CHRONIQUE

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATIONS

Observation I.

Thémoy Edouard, 36 ans, matelot de 3me classe, né à Pontivy (Morbihan).

Le 31 août 1882, Thémoy entrait à l'hôpital de Saint-Mandrier pour dysenterie contractée en revenant de Cochinchine, à bord du *Shamrock*, où il exerçait la profession de calier; après quelques alternatives d'amélioration et de rechutes, il était présenté au conseil de santé et allait partir en congé de convalescence, quand une nouvelle aggravation de sa maladie l'obligea à rentrer à l'hôpital vers le 27 novembre. Alors seulement on constata les premiers symptômes de l'affection intéressant l'appareil circulatoire.

Ni goutteux, ni rhumatisant, Thémoy appartient à une famille où tout le monde se porte vigoureusement; à part la dysenterie ci-dessus signalée, il ne se rappelle avoir été atteint d'aucune maladie antérieure; fume très peu et boit avec retenue.

Décubitus latéral droit; toute autre position est impossible

ou très difficilement supportable; constitution affaiblie, le malade est très maigre; les téguments présentent une coloration jaunâtre et comme terreuse; facies anxieux, exprimant la souffrance, lèvres décolorées, teinte subictérique des conjonctives.

La région précordiale présente une saillie assez prononcée des côtes au-dessous du mamelon; la pointe du cœur bat dans le 6e espace intercostal, un peu en dehors de la ligne mamelonnaire. Les bruits sont lointains, à peine sensibles, précipités; l'aorte bat dans le creux sus-sternal. A la percussion, matité de 9 à 10 centimètres au niveau de la partie transversale de l'aorte, l'auscultation de ce vaisseau permet d'entendre un double bruit de souffle, à la fois systolique et diastolique, souffle qui se perçoit également dans toute l'étendue de l'aorte thoracique et abdominale; souffle diastolique à caractère moins rude, dans le deuxième espace intercostal droit. Le malade a eu dans la journée cinq selles liquides non sanguinolentes.

28 nov. Le malade accuse de la gêne et même de la douleur du côté du larynx; amygdales gonflées et très rouges; vertiges fréquents, la vue est troublée et affaiblie. Dans le décubitus dorsal, le malade ressent une vive douleur dans le pli de l'aine. Le soir, violente crise d'angine de poitrine; douleur très vive à la région précordiale, s'irradiant dans le bras gauche, angoisse et dyspnée intenses s'accompagnant d'arythmie des battements cardiaques. Tous ces symptômes disparaissent à la suite d'une injection hypodermique de chlorhydrate de morphine de 0 gr. 01.

29 nov. Quatre attaques d'angine de poitrine; deux injections de morphine.

Les jours suivants, aucune attaque ne se produit, mais le 3 décembre, vers 8 heures du matin, le malade s'assoupit et tombe dans un coma profond. Décès à 8 heures et demie.

Autopsie. — Rigidité cadavérique; volume du corps considérablement augmenté par une infiltration abondante; facies vultueux et tuméfié, contrastant singulièrement avec le visage pâle et maigre du vivant; les poumons ne présentent aucune altération notable; ils sont légèrement emphysémateux sur les bords.

Le péricarde est complètement lisse dans toutes ses parties, y compris le cul-de-sac des vaisseaux; à peine une cuillerée de liquide. Les nerfs phrénique et pneumogastrique gauche sont œdématiés.

Le ventricule gauche est hypertrophié et mou, insuffisance des valvules sigmoïdes. L'aorte, d'aspect extérieur tomenteux, est dilatée dans son ensemble; au niveau des quatrième et cinquième vertèbres dorsales, la dilatation est plus considérable, ampullaire, de la grosseur d'un œuf de pigeon; le tronc brachio-céphalique et les autres artères qui émergent de la crosse ne paraissent pas dilatés. L'aorte est ouverte sur son bord droit depuis les iliaques primitives jusqu'aux valvules sigmoïdes. On constate la présence de caillots un peu au-dessous de la dilatation ampullaire, caillots qui paraissent s'en être détachés.

Depuis la même dilatation jusqu'à l'origine de l'aorte nombreuses plaques calcaires et d'athérome, visibles à l'œil nu et très sensibles au toucher; il existe également des traînées athéromateuses dans le tronc brachio-céphalique, l'artère sous-clavière gauche, la carotide et la sous-clavière de l'autre côté.

La cavité crânienne n'a pas été ouverte. Du côté du tube intestinal, nombreuses plaques ressemblant à des plaques d'athérome; lorsqu'on les ouvre, il en sort une matière caséeuse.

Le foie est sain, mais présente des adhérences à sa face

supérieure, traces d'une ancienne périhépatite. Poids 1800 g.

La rate est hypertrophiée. Poids 240 gr.

Les reins, au contraire, sont petits et sclérosés.

Observation II.

Pons Henri, 48 ans, préposé des douanes, né à Saint-Pons (Basses-Alpes).

Entré à l'hôpital le 7 janvier 1885.

Pons était cultivateur avant son entrée au service. Perdit très jeune ses parents; ne peut donner aucun renseignement sur la cause réelle de leur mort. Aucune maladie antérieure, affirme n'être adonné à aucune boisson alcoolique.

Depuis environ un mois, éprouve des palpitations et de la dyspnée en montant une côte ou un escalier. Il y a environ 10 jours fut pris au milieu de la nuit d'une crise de dyspnée et d'étouffements, avec douleur précordiale, crise qui le força à se lever et à se promener dans sa chambre. La station debout lui procurait un soulagement marqué, mais à peine recouché, il éprouvait les mêmes symptômes avec la même intensité.

Aujourd'hui le malade est couché sur le côté droit, le décubitus dorsal et latéral gauche lui faisant éprouver une gêne respiratoire plus considérable; traces de vésicatoire au creux épigastrique. Œdème des membres inférieurs.

L'examen du poumon ne dénote aucun trouble de cet organe. Il faut signaler comme phénomène constant, une dyspnée très vive, angoissante, s'accompagnant d'une sensation de déchirement rétro-sternal. La toux provoque une douleur, qui, naissant sur la ligne axillaire, au-dessous des dernières côtes, s'irradie obliquement jusqu'au pubis.

Le cœur bat à sa place habituelle; à la palpation, on sent

sous la main une sorte de frémissement à dix centimètres au-dessus du mamelon gauche; la matité de la base est de six centimètres en largeur. L'auscultation du cœur ne révèle rien d'anormal. Pouls 100, R. 32, T. 36°8.

Appétit diminué depuis plusieurs jours. Langue couverte d'un enduit blanchâtre. Le malade ne va à la selle qu'après un lavement.

Urines très rares, albumine et phosphates en quantité considérable.

Pot:	Poudre d'ipéca	1 gr.
	Eau bouillante	50 gr.
	Décoction de polygala	120 gr.
	S. p. de digitale	30 gr.

à alterner avec

Pot:	Bromure de potassium	2 gr.
	Décoction de kina	120 gr.
	S. p. d'écorces d'or	30 gr.

8 janv. Nuit sans sommeil due à la dyspnée; l'œdème des membres inférieurs à notablement diminué.

9 janv. Râles dans les deux poumons, tiers inférieur, même état général.

Injection hypodermique de 1 centigr. de chlorhydrate de morphine.

10 janv. Insomnie malgré l'injection de morphine; l'œdème qui avait presque disparu hier, a sensiblement augmenté; réveil en sursaut, dès que le malade commence à dormir; dit éprouver la sensation d'un poids qui serait promené sur sa poitrine, depuis le creux épigastrique jusqu'à la gorge. Extrémités froides, P. 160, R. 40.

Pot:	Macération de poudre de digitale	0,20
	S. p. de digitale	15
	Eau	150

à alterner avec

Pot:	Extrait de kina	2 gr.
	Tafia	30 gr.
	S. p. d'écorces d'or	30 gr.
	Eau	120 gr.

Eau-de-vie allemande : 20 gr.

Lavement purgatif.	Séné	10 gr.
	Sulf. de soude	10 gr.

Ventouses sèches à la base du cœur.

Injection de morphine.

Les jours suivants, aucun phénomène nouveau à signaler, sinon l'apparition d'un léger souffle diastolique au foyer aortique; la matité des vaisseaux a atteint 7 centimètres. Les extrémités se refroidissent; le pouls radial devient à peu près insensible.

Le 19, insomnie complète, orthopnée, œdème considérable, pouls radial insensible; 80 pulsations à la temporale. Le malade est dans un état voisin de l'asphyxie.

Le 20, décès à 1 h. 30 du matin.

Pendant ces 13 jours, la température a oscillé entre 36°4 et 36°8, sans atteindre le chiffre normal.

Autopsie.—Adhérences de la plèvre médiastine droite avec la portion ascendante de la crosse de l'aorte, qui paraît manifestement dilatée.—Le cœur hypertrophié, descend jusqu'au septième espace intercostal. A la sortie de l'aorte du ventricule, on remarque une dilatation sacciforme de cette artère, de la grosseur d'une mandarine, qui rejette en dehors, en arrière et à gauche l'infundibulum de l'artère pulmonaire. Cette dilatation n'est du reste qu'une partie d'une autre plus considérable, occupant toute la partie ascendante de la crosse et le commencement de la portion horizontale. Les nerfs récurrents n'ont pu être lésés; en l'état d'intégrité de l'artère

sous-clavière droite et de la portion de l'aorte qui correspond à celui du côté gauche. En revanche, le plexus cardiaque, si l'on s'en tient au siège indiqué par Sappey, devait être entièrement comprimé, étouffé par le processus morbide.

Le cœur est enlevé de la cavité thoracique avec l'aorte jusqu'aux iliaques externes ; l'endocarde présente des plaques athéromateuses à l'état boutonné ; lorsqu'on s'approche de la crosse, les plaques athéromateuses deviennent plus anciennes ; les unes sont graisseuses, les autres calcaires ; mais on ne rencontre aucune trace d'ulcération au niveau des dilatations ampullaires sus-désignées, on trouve un caillot stratifié s'insérant dans le fond du cul-de-sac qui est anfractueux et aréolaire, mais à bords calcaires. En dehors de ce caillot ancien stratifié, il en existe un autre préagonique. Les valvules aortiques sont insuffisantes par dilatation consécutive. L'ouverture des artères coronaires est athéromateuse. Ventricule gauche manifestement hypertrophié.

Foie muscade, rouge vineux au centre, jaune à la périphérie, crie sous le scalpel. Poids, 1980 gr.

Reins contractés, bosselés, surtout au niveau du bord convexe ; se décortique difficilement. La substance corticale a presque entièrement disparu. Poids, 115 gr.

Rate: présente un commencement de sclérose. Poids 150 gr.

Les artères basilaires et sylviennes sont légèrement atteintes par le processus dégénératif ; on ne trouve néanmoins aucun foyer de ramollissement.

Les viscères sus-mentionnées ni étaient non plus le siège d'aucun infarctus.

Observation III.

Bloy Georges, 22 ans, né à Nantes, soldat au 4me régiment d'infanterie de marine, entre à l'hôpital le 10 décembre 1883.

Au service depuis 44 mois; a passé deux ans à la Guyane, constitution faible, amaigrissement marqué; facies pâle et anémié, se couche habituellement sur le côté gauche, mais depuis une douzaine de jours, il ne peut garder cette position sans être suffoqué.

Voussure précordiale nettement dessinée, la pointe du cœur bat dans le 5me espace intercostal, au dehors et au-dessous du mamelon, les battements sont énergiques et fréquents. La main appliquée dans les deux régions sous-claviculaires, perçoit un soulèvement isochrone au pouls et appartenant vraisemblablement aux artères sous-clavières. Le pouls radial, est fort, plein, fréquent, dicrote, le doigt appliqué sur les carotides, est fortement soulevé. La pression n'éveille aucune douleur dans la poitrine en avant, mais sur la ligne axillaire, au niveau du quatrième espace intercostal, il existe un point limité, extrêmement sensible, au niveau duquel on perçoit un battement, douleur dans le mollet gauche, arrachant des cris à la moindre pression.

La percussion ne fournit aucun signe important. L'auscultation permet d'entendre, à la pointe, un bruit de souffle, comme roulant et perceptible tout le long de la colonne vertébrale; à l'orifice aortique et au niveau de la crosse, on entend deux bruits de souffle, donnant à l'oreille la sensation de va et vient; sur la ligne médiane, on les entend tous les deux, mais, à droite et à gauche, on n'en constate plus qu'un seul au premier temps.

Dyspnée intense, forçant souvent le malade à se tenir sur le lit; absence de douleur rétro-sternale; rien au sommet, quelques râles bronchiques aux deux bases.

Les autres viscères ne paraissent pas souffrir. Les urines sont abondantes et sans altération, l'appétit est bon et malgré l'aspect saburral de la langue, les digestions se font bien.

Potion:	Bromure de potassium....	2 gr.
	S. p. d'écorce d'or.....	30 —
	Décoct. de kina.	12 —

Le 11, douleur très vive au-dessous de l'omoplate gauche.. Inj. hyp. de morph. *loco dolenti.*

Les jours suivants, on ne relève rien de bien particulier dans l'état du malade, état qui ne s'aggrave pas, mais est loin de s'améliorer,

Le 21, Bloy, qui n'avait pas eu depuis trois mois, le moindre accès de fièvre, est pris soudain d'un violent frisson, avec hyperthermie (40° 5 dans l'aisselle); l'accès se termine par des sueurs profuses vers 5 heures du soir; à 9 heures, le malade éprouve une douleur qu'il déclare être épouvantable et qui le fait suffoquer: « c'est, dit-il, un fer rouge qu'on lui promène dans le cœur»; vers 11 heures cet accès de dyspnée douloureuse s'amende et disparaît peu à peu, grâce à l'injection de 1 centigr. et demi de chlorhydrate de morphine, sulfate de quinine 1 gr. 50 en trois fois.

Le 25, les mêmes phénomènes se reproduisent avec la même intensité, accès de fièvre vers midi et le soir même douleur angoissante, avec engourdissement du bras gauche; le malade prend une nouvelle dose de sulfate de quinine, et passe une assez bonne nuit.

On ne note aucun accès de fièvre jusqu'au 25 février, et néanmoins pendant les deux mois qui viennent de s'écouler, Bloy a éprouvé de temps à autre, une douleur constrictive rétro-sternale, qui pour n'avoir pas l'intensité des précédentes,

n'en était pas moins très pénible. Aujourd'hui, nouvel accès de fièvre avec frisson, mais cet accès n'est pas suivi de l'attaque d'angine de poitrine habituelle. De plus, le malade tousse fréquemment, a des vomissements bilieux et alimentaires et présente de l'œdème aux malléoles et aux jambes.

Le 1er mars, les symptômes sont loin de s'être amendés; l'angoisse pécordiale cause au malade la plus vive inquiétude.

Même état jusqu'au 12 mars, l'œdème des jambes et des pieds augmente et envahit les cuisses; apparition d'hémorrhoïdes volumineuses externes, empêchant le malade d'aller à la garde-robe.

L'état général devient très inquiétant; le malade ne peut prendre aucun aliment, l'asphyxie commence, décès le 19 mars à 4 heures du matin.

Il est inutile d'ajouter que le bruit de souffle entendu à la base du cœur et le long du trajet de l'aorte n'a pas diminué d'intensité pendant toute la durée de la maladie.

Quant à la matité des vaisseaux de la base du cœur, elle est restée ce qu'elle était, c'est-à-dire de 4 centimètres et demi à 5 centimètres et demi.

Autopsie. — Rigidité cadavérique, cyanose des téguments. Adhérences très intimes des plèvres et du péricarde; adhérences également très fortes des deux feuillets péricardiques au niveau de la pointe, sur une étendue de la largeur d'une pièce de un franc. Volume considérable du cœur qui pèse 810 gr.; il est rempli, de même que les gros vaisseaux, de caillots en partie gélatiniformes. Enorme hypertrophie du ventricule gauche. Rétrécissement de l'orifice aortique avec insuffisance des valvules sigmoïdes; une de ces valvules est perforée et presque entièrement détruite; végétations nombreuses sur leur face ventriculaire; on en voit aussi au

niveau du sinus mitro-sigmoïdien, mais l'orifice auriculo-ventriculaire est normal.

La crosse aortique, dans ces portions ascendante et horizontale, offre des plaques d'athérome, mêlées à d'autres très nombreuses calcifiées ; pas un point de l'endartère n'est intact dans ces deux portions, mais les lésions semblent s'arrêter brusquement, sans transition sensible ; les artères poplitées et tibiales sont à peu près complètement transformées en canaux rigides et très durs ; ce sont de véritables tuyaux de pipe ; les artères coronaires sont atteintes par le même processus, surtout dans la partie qui avoisine leur embouchure. En revanche, aucune altération des artères des bras ni du cerveau ; les carotides et les sous-clavières sont intactes. L'aorte présente un point fortement retréci vers le milieu de la portion horizontale de la crosse, au-dessous duquel le vaisseau se dilate et se couvre de végétations multiples.

Les poumons sont congestionnés et adhérents à la plèvre, principalement le gauche.

Foie muscade, granuleux, pesant 1,950 gr., présentant dans la masse de son parenchyme de nombreux tractus de tissus fibreux.

La rate est aussi hypertrophiée et congestionnée : poids 360 gr.

Malgré les investigations les plus minutieuses, il a été impossible de trouver le moindre infarctus.

Observation IV.

Astier Antoine, 20 ans, né à Hyères, matelot de 3e classe, 18 novembre 1884 (entrée à l'hôpital).

Il est envoyé pour palpitations, l'empêchant, prétend-il,

de faire son service ; il dit aussi être atteint d'hypertrophie cardiaque ; avant son entrée au service, il exerçait le métier de pêcheur, mais il affirme avoir été obligé de cesser tout travail depuis 3 ans à cause de son affection ; ni rhumatisant, ni goutteux, mais fume constamment et ne dédaigne pas les boissons fortement alcoolisées.

Actuellement, le volume du cœur ne paraît pas sensiblement augmenté ; la pointe du cœur bat à l'endroit normal et l'on ne constate que des battements irréguliers et plus forts qu'à l'état normal ; l'auscultation ne fait entendre aucun trouble dans les bruits du cœur, mais sur le trajet des gros vaisseaux, on entend très distinctement un bruit de souffle, très sec, au premier temps ; ce souffle est également perceptible sur le trajet de la colonne vertébrale, quoique moins rude et moins sec.

Potion :	Poudre de digitale. . .	0,20
	Eau	100
	S. P.	30

Astier reste trois mois en observation à l'hôpital, pendant lesquels la santé générale ne s'amende ni ne s'aggrave ; la base du traitement a été le bromure de potassium alterné avec la digitale ; le malade s'est souvent plaint de crises douloureuses ayant pour siège la région précordiale, mais n'ayant pas les caractères bruyants et solennels de l'angine de poitrine.

Il réclame et obtient sa sortie le 4 février 1885, quoique le souffle, signalé plus haut, n'ait pas disparu.

Diagnostic. — Endartérite de la crosse et de la portion thoracique de l'aorte d'origine douteuse, bien qu'il soit rationnel de l'attribuer au tabagisme et probablement aussi à l'excès de boissons.

Observation V.

Fagon Pierre, 27 ans, né à Saint-Pol (Finistère), quartier-maître mécanicien.

Cet homme, au service depuis 7 ans, est envoyé à l'hôpital, le 21 mai 1804, pour affection cardiaque.

A contracté, à Rochefort, en 1877, les fièvres paludéennes pour lesquelles il a été soigné d'abord à l'hôpital de Rochefort, ensuite à Cherbourg.

En 1879, a été atteint de fluxion de poitrine du côté droit; au mois d'avril dernier, point pleurétique du côté gauche.

Ses parents sont actuellement en bonne santé; tout le monde, affirme-t-il, se porte bien dans sa famille; on n'y est ni rhumatisant, ni goutteux; enfin, Fagon, quoique Breton, est très sobre d'alcool et de tabac.

Le malade n'a ressenti qu'il y a quelques jours seulement les premières attaques de palpitations qui l'ont déterminé à se faire hospitaliser; il dit aussi éprouver une gêne assez considérable de la respiration surtout après un travail exagéré ou une ascension prolongée; cette gêne aurait débuté à sa sortie de l'hôpital de Cherbourg, alors qu'il était convalescent de sa pneumonie.

Habitude extérieure: facies rouge, constitution vigoureuse, décubitus indifférent, mais préfère se coucher sur le côté droit, parce que la respiration est plus facile. Traces de vésicatoire à gauche, en arrière et sur le côté.

Appareil circulatoire: voussure légère à la région précordiale; la pointe du cœur bat dans le cinquième espace à deux travers de doigt en dedans et au-dessous du mamelon; aucun autre battement n'est visible. A la palpation, on perçoit un frémissement sensible au niveau de la pointe, mais

ayant son foyer principal d'intensité sous la clavicule gauche; le malade accuse une sensation de constriction derrière la première pièce du sternum, ce qui le force à faire incessamment des mouvements de déglutition; il est impossible de limiter exactement la matité du cœur en haut et à gauche, cette matité s'étendant vers la région sous-claviculaire. Le premier bruit s'entend éloigné et très affaibli; il est suivi d'un bruit de souffle dur et râpeux, s'entendant à la pointe, mais avec son maximum d'intensité, non dans ce deuxième espace intercostal droit, mais sous la clavicule gauche. Il naît après le premier temps et couvre toute la durée du second; on l'entend dans tout le thorax, en avant, des deux côtés et dans le creux de l'aisselle gauche, en arrière tout le long de la colonne vertébrale jusqu'à la région lombaire; il se propage aussi dans les carotides et les sous-clavières. Le pouls est petit, faible, dépressible, surtout celui du côté droit. Les vaisseaux des membres ne présentent rien de particulier.

L'auscultation du poumon est négative, à part quelques râles passagers dans l'hémithorax gauche.

L'appareil digestif fonctionne régulièrement.

Augmentation de la matité hépatique; le foie dépasse la ligne sternale et s'avance dans l'hypochondre gauche.

La rate est certainement hypertrophiée.

Les urines ne présentent aucune altération ; pas de fièvre.

1er juin. Même état; lorsqu'il est couché, ressent derrière la fourchette sternale une douleur qui lui semble causée par un corps étranger qui gêne la respiration. Cette douleur et cette dyspnée disparaissent quand le malade est debout.

Iodure de potassium . . . . . 1 gr.

3 juin. La douleur a redoublé d'intensité et s'irradie vers l'épigastre.

Injection hyp. de morphine 0,01

4 juin. Oppression moins grande. Le souffle présente les mêmes caractères.

Le 23 juin, aucun symptôme nouveau n'est à signaler. Jusque-là, Fagon n'a pas eu de crise douloureuse à la région sternale. Les signes stéthoscopiques restent les mêmes.

Présenté au Conseil de santé, il obtient un congé de convalescence et part pour son pays.

Diagnostic. — Aortite chronique d'origine paludéenne?

Observation VI.

Pouliquen Jean, 34 ans, né à Saint-Thégonnec (Finistère), matelot de 3^{me} classe.

Date de l'entrée à l'hôpital : 10 novembre 1883.

Bonne constitution, ne peut fournir aucun renseignement sur les antécédents pathologiques de sa famille ; il se dit très sobre et d'alcool et de tabac ; n'a eu aucune manifestation rhumatismale ou goutteuse.

A passé deux ans au Sénégal ; c'est là qu'il a contracté les germes de l'intoxication palustre, à forme intermittente, dont les accès se reproduisent de temps en temps. En outre, le malade accuse une douleur rétro-sternale accompagnée de palpitations, survenant environ deux ou trois fois par jour, depuis trois semaines ; à l'en croire, ces douleurs et ces palpitations auraient débuté vers la fin de son séjour au Sénégal ; d'ailleurs, ces symptômes s'exagèrent à la suite d'un exercice et consécutivement aux quintes de toux qui surviennent principalement la nuit.

Légère voussure précordiale ; le cœur bat violemment à droite ; dans le deuxième espace intercostal, le doigt éprouve la sensation d'une sorte de thrill jusqu'à environ 4 centim.

en dehors du sternum; la pointe bat dans le sixième espace sur la ligne mamelonnaire. Matité s'étendant à droite jusque sous la clavicule; la matité de l'aorte et de l'artère pulmonaire réunies de 7 centim. Bruit de souffle systolique à la base dans le deuxième espace intercostal, plus intense au niveau de la crosse de l'aorte et se propage, amoindri, il est vrai, dans les vaisseaux du cou et en arrière le long du rachis.

Rien à l'auscultation des sommets pulmonaires; quelques râles humides aux deux bases.

Le pouls est dur et brusque, les deux artères radiales sont moniliformes, flexueuses et indurées. Pouls 36°.

Les fonctions digestives s'accomplissent régulièrement, si ce n'est une légère dysphagie.

Le foie, la rate et les reins ne semblent pas altérés. Le sommeil est tranquille, l'intelligence est nette.

Potion : Bromure de potassium . . 1 gr.
Iodure de potassium 0,75
Décoction de kina 150

Le 28 novembre, Pouliquen a un accès de fièvre assez fort. T. 40°, accompagné des symptômes sus-indiqués, mais avec redoublement paroxystique.

Sulfate de quinine 1 gr. 50, en trois fois.

Cet accès est, du reste, le seul qu'il ait été permis de constater pendant la courte durée du séjour de Pouliquen à l'hôpital.

Le 3 décembre, une légère amélioration s'étant produite dans les symptômes fonctionnels, le malade demande et obtient un congé de convalescence.

Diagnostic.— Aortite chronique d'origine palustre?

Observation VII.

Meifredy Marius, 21 ans, né à Toulon, ouvrier ferblantier.

Il est envoyé à l'hôpital, le 10 décembre 1883, sous la rubrique : lésion organique du cœur.

Il ne peut donner aucune indication concernant sa famille, au point de vue héréditaire. A eu la variole et la rougeole dès sa plus tendre enfance; anémie profonde caractérisée par une décoloration à peu près complète des muqueuses superficielles.

Voussure assez prononcée à la région précordiale, beaucoup plus sensible au niveau de la première pièce du sternum. Au-dessous des clavicules et de chaque côté, soulèvement en masse des parties environnantes. Le choc de la pointe se perçoit dans le septième espace intercostal et sur la ligne mamelonnaire; sous la clavicule droite, battement assez fort; frémissement vibratoire très prononcé au niveau de la crosse de l'aorte. Le pouls est très rude à gauche, plus fort qu'à droite, présente les caractères du pouls de Corrigan; cette différence est mise en évidence par les tracés sphygmographiques des deux artères; matité d'étendue anormale de la région précordiale; matité des vaisseaux de la base 6 cent.

Au foyer aortique les deux bruits sont soufflants et se prolongent avec le même caractère dans les carotides correspondantes. Au-dessus et au-dessous de la clavicule gauche, souffle intense et unique; ce souffle s'entend jusque dans la partie initiale de l'humérale gauche. En appliquant le stéthoscope sur la fémorale, on entend deux bruits de souffle, le

second plus faible que le premier, et semblable à un souffle d'aspiration.

Le malade se plaint d'accès de dypsnée qui se représentent pendant la nuit et sans cause appréciable. Depuis cinq jours environ, la voix du malade est rauque et éteinte ; elle a un caractère bitonal manifeste ; actuellement la voix est complètement voilée et le malade a de la peine à se faire entendre. L'exploration laryngoscopique ne dénote cependant rien de notable dans l'aspect des cordes vocales.

Potion :	Bromure de potassium...	2 gr.
	S. p. d'écorces d'orange..	30 —
	Eau.	120 —

Pour le soir :

Potion :	S. p. de morphine.....	15 gr.
	Julep gommeux.....	100 —

11 décembre. Le caractère bitonal persiste, le malade accuse une douleur très vive derrière le sternum, douleur qu'il compare lui-même à une constriction faite par un étau. Iodure de potassium 0 gr. 50.

23 décembre. Les phénomènes stéthoscopiques sont restés les mêmes.

Meifredy, se disant soulagé, sort de l'hôpital sur sa demande.

Observation VIII.

Jouvenon François, 28 ans, né à Annecy (Haute-Savoie), garde-consigne à Porquerolles.

Le 18 avril 1885, Jouvenon, portier-consigne de 3^{me} classe au dépôt des convalescents de Porquerolles, arrive à l'hôpital, se plaignant de ne pouvoir continuer son service à

cause de l'essoufflement et de la douleur dont il se plaint depuis environ 15 jours.

Au mois de mai 1882, Jouvenon démontrant à ses élèves certains exercices de barre fixe à la salle de gymnase, fit une chute d'environ deux mètres de hauteur. Immédiatement après cette chute, deux de ses élèves l'accompagnèrent à l'infirmerie, tout mouvement volontaire étant à peu près impossible, à cause des douleurs vives provoquées par les mouvements de la base du thorax et du bassin. A la suite de cet accident, qui ne paraissait consister qu'en une contusion assez violente de la région lombaire, il entra à l'hôpital militaire de Bastia, siège de son régiment; puis sa classe étant libérée, il était reçu à l'hôpital d'Annecy, il y passe trois semaines et est évacué sur celui de Chambéry; après un mois de séjour dans cet hôpital, il en sortait avec un congé de réforme.

Actuellement, le malade se plaint de douleurs très vives à l'épigastre et au flanc gauche. Ces douleurs, qui se calment au repos et dans le décubitus dorsal, s'exaspèrent pendant la la marche et les efforts.

On aperçoit à l'œil nu des battements qui soulèvent d'une façon très manifeste la paroi abdominale à la région supérieure, vraisemblablement ces soulèvements n'appartiennent pas au tronc œliaque, car ils sont beaucoup plus accentués que ceux qu'on observe à l'épigastre et se perçoivent à la main beaucoup plus bas qu'à l'état normal. D'ailleurs l'auscultation stéthoscopique permet d'entendre un bruit de souffle très net et très rude dans l'aorte abdominale; il est impossible cependant, à cause du développement assez considérable des parois abdominales, de circonscrire, à la palpation, une tumeur pouvant expliquer ce bruit de souffle.

Il faut noter que le malade, outre la douleur du creux épigastrique, accuse une gêne excessive dans les mouvements

d'ampliation de la cage thoracique, gêne qui s'accompagne, dans les efforts de toux et de défécation, d'une douleur très vive rétro-sternale.

La matité des vaisseaux pulmonaire et aortique n'est pas augmentée sensiblement.

Les bruits du cœur sont assez nets et bien frappés.

Jouvenon a eu plusieurs fois des attaques de rhumatisme localisées à une seule jointure, principalement l'épaule gauche et appartient d'ailleurs à une famille de rhumatisants.

Jusqu'au 14 mai, époque de la sortie de l'hôpital, Jouvenon n'a présenté aucun symptôme particulier.

Diagnostic.— Tumeur anévrysmale très probable de l'aorte abdominale, précédée de la dégénérescence athéromateuse du vaisseau.

Observation IX.

Calvy Antoine, 57 ans, né à Oneglia, ouvrier des constructions navales.

Entre à l'hôpital le 6 janvier 1885 pour « douleurs thoraciques et essoufflements. » Eprouve ces douleurs depuis quelque temps après une marche tant soit peu prolongée. Cet homme a tous les attributs d'une vieillesse anticipée: cercle sénile de la cornée, figure ridée et ratatinée, a perdu presque toutes ses dents. Dit n'avoir eu aucune maladie antérieure et appartenir à une famille de gens robustes. Se livre de temps en temps à de fortes libations ; ses artères radiales roulent sous le doigt et donnent la sensation de plumes d'oies. Interrogé sur la date d'apparition de ces douleurs thoraciques très vagues et très mal limitées, il les fait remonter à une dizaine d'années; jadis c'était surtout entre les deux épaules qu'il souffrait; aujourd'hui c'est principale-

ment sous les clavicules et près du sternum; le malade se réveille souvent en proie à une sensation de déchirement rétro-sternal; la pression sous les clavicules provoque une douleur des plus vives et arrache des cris au malade. La matité des vaisseaux de la base, déterminée au plessigraphe est de 8 centimètres; le doigt perçoit une sensation de soulèvement très marqué au-dessus de la fourchette sternale, et cependant Calvy n'a aucun trouble de la voix et de la déglutition. Sous la clavicule droite, souffle très rude et au premier temps, ayant son maximun d'intensité à deux travers de doigt au-dessous de la clavicule près du sternum; le bruit de souffle se propage dans les vaisseaux des deux côtés; le cœur est manifestement hypertrophié, mais ses bruits sont normaux et même affaiblis. Le murmure vésiculaire s'entend dans les deux poumons. Le souffle sous-claviculaire se perçoit, avec une intensité à peu près égale, en arrière, le long du rachis. Le pouls radial est plus faible à droite qu'à gauche.

Diagnostic. — Aortite chronique sénile.

CHAPITRE II.

SYMPTÔMES DE L'AORTITE CHRONIQUE.

« Jusqu'à présent, écrivait Grisolle en 1852, on ne connaît aucun signe certain de faire reconnaître une aortite aiguë; le diagnostic de l'aortite chronique est plus difficile encore. Le plus souvent, celle-ci n'occasionne aucun désordre ou bien les symptômes qui en résultent se confondent avec ceux qui sont ordinairement produits par les lésions organiques du cœur. »

Si la première proposition de l'illustre professeur reste, aujourd'hui encore, incontestable, on ne peut plus admettre la seconde ; les recherches cliniques des auteurs contemporains, parmi lesquels nous citerons Bucquoy et Peter, ont jeté sur la symptomatologie de l'aortite chronique un jour tel qu'on peut, dans un très grand nombre de circonstances, affirmer l'existence de cette affection. Les quelques malades, atteints d'aortite chronique, qu'il nous a été donné d'examiner dans le service de clinique médicale, à l'Hôpital de la Marine de Toulon, sont, en quelque sorte, une confirmation de ce que nous avançons.

Dans l'exposé des symptômes de l'aortite chronique, nous ne suivrons pas l'ordre adopté par M. le professeur Peter, dans son Traité des maladies du cœur et de la crosse de l'aorte et cela pour deux raisons : d'abord, parce qu'il est difficile, pour ne pas dire impossible, principalement dans cette affection, de rattacher rigoureusement tel symptôme observé à la lésion qui l'engendre; tel signe, en effet, qui pourrait paraître

bénin est souvent l'indice d'une altération irréparable; ensuite parce que nos recherches anatomo-pathologiques n'ont pas été assez nombreuses et ne nous ont pas par suite paru suffisantes pour établir ce rapport de causalité.

Nous avons préféré la division de M. le professeur Jaccoud qui groupe les signes de l'aortite chronique en deux catégories : les uns directs, les autres indirects; nous aimons mieux dire : signes principaux et signes secondaires, termes qui expriment mieux leur valeur relative.

Dans le premier groupe nous étudierons :

La matité anormale,

Les souffles préaortiques,

Les douleurs rétro-sternales.

Ce dernier symptôme a, en effet, une importance de premier ordre, puisqu'il n'a jamais fait défaut chez les malades que nous avons pu suivre; en revanche, nous rangerons parmi les symptômes secondaires les indications tirées de l'exploration du pouls, car elles peuvent manquer dans plusieurs cas. M. Jaccoud lui-même cite parmi les signes indirects l'état athéromateux des artères accessibles à la palpation.

Parmi les signes secondaires, nous passerons en revue :

L'état du pouls,

L'hypertrophie ventriculaire gauche,

La pâleur des téguments,

Les insuffisance et rétrécissement aortique, etc.

ARTICLE PREMIER

Signes directs ou principaux de l'aortite chronique.

1° Matité anormale.— L'existence de ce signe dont l'importance est capitale, a été bien établie par M. Peter; on peut même dire que la découverte de ce précieux symptôme lui

appartient en propre ; on ne le trouve en effet signalé, ni dans Grisolle, ni dans Monneret; Luton, dans son article du Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratique, et Legouest dans le Dictionnaire des sciences médicales, n'en parlent pas. C'est à l'aide de l'ingénieux instrument, auquel il a donné le nom de plessigraphe, que le savant professeur de Paris a pu déterminer le diamètre de matité normale des troncs aortique et pulmonaire; ces deux vaisseaux sont si étroitement unis, ils s'embrassent de telle façon, qu'il est absolument impossible de les séparer dans la percussion; d'après ses recherches, confirmées par celles de M. Choyau, la matité vasculaire de la base du cœur est, chez l'homme, de 4 centimètres et demi à 5 centimètres et demi, chez la femme de 3 centimètres et demi à 4 centimètres. Lors donc que ce diamètre est plus grand qu'à l'état normal, on est en droit de penser à une dilatation de l'aorte et par suite à une altération chronique de ses parois; la dilatation de l'artère pulmonaire est, en effet trop rare, pour qu'on lui impute le symptôme en question ; il faut aussi faire abstraction des tumeurs vasculaires ou autres du médiastin; enfin, les faits de dilatation de l'aorte sans aortite, sont d'une excessive rareté. Toutefois, ce symptôme n'est pas constant; nous ne l'avons trouvé que 6 fois sur 9 ; il est donc néanmoins très fréquent et on peut le considérer comme pathognomonique ou à peu près. Chez le malade qui fait le sujet de l'observation I, cette matité anormale est allée jusqu'à 10 centimètres.

2° *Souffles préaortiques.*—Les inégalités de la surface interne de l'aorte, produites par la présence de plaques calcaires et athéromateuses, se traduisent le plus souvent à l'oreille par un bruit de souffle plus ou moins râpeux; nous disons le plus souvent, car il est quelquefois remplacé par des modifications du timbre des bruits que l'on entend à l'auscultation d'une

aorte saine, ce fait est signalé par Peter. « Au lieu d'être doux, dit-il: les bruits aortiques peuvent être durs, secs et comme métalliques, on sent qu'ils se produisent dans un vaisseau dont les parois sont devenues plus ou moins rigides. Pour faire image et exprimer matériellement la sensation perçue, j'ai l'habitude de dire que ces bruits secs se produisent dans une aorte de parchemin; que les bruits déjà plus durs ont lieu dans une aorte de carton et que les bruits métalliques se font entendre dans une aorte de tôle. » Il ne nous a pas été donné d'entendre ces bruits auxquels M. Peter attache tant d'importance, puisqu'il affirme qu'on peut les constater dans tous les cas où l'aorte est malade, et cela avec ou sans bruit de souffle concomitant; il n'en reste pas moins certain que le bruit de souffle *au premier temps* constitue le signe le plus constant de l'aortite chronique. Dans les neuf observations que nous avons rapportées, il n'a pas manqué une seule fois; ajoutons que, pour peu que les lésions ne soient pas limitées à la crosse du vaisseau, il s'entend dans toute l'étendue de la colonne vertébrale sans qu'on puisse dire qu'il ne s'agit là que d'un souffle de retentissement ou de propagation. Nous avons attribué ce souffle à la présence de rugosités de nature diverse à la surface interne de l'aorte; il faut tenir compte également, dans la production de ce souffle, d'un fait signalé par M. Richard (thèse de Paris 1879); le calibre du vaisseau étant augmenté, tandis que le diamètre de l'orifice valvulaire est resté le même, cet orifice, étant d'ailleurs absolument normal, peut être considéré comme relativement rétréci, et le liquide sanguin, passant par cet anneau pour affluer dans une cavité plus spacieuse, doit produire un souffle au premier temps.

Ce souffle au premier temps n'est pas le seul qu'on entende, lorsqu'on ausculte une aorte atteinte d'artérite chronique, même en dehors de toute lésion valvulaire, il est vrai de dire

que ce souffle est aussi fréquent que le souffle *au second temps* est rare; Skoda le regardait comme un indice certain d'ossification artérielle. M. Noël Guéneau de Mussy *(France médicale* 1876) insiste également sur ce souffle pour le diagnostic d'une dilatation de l'aorte. En 1876, Bucquoy, à l'hôpital Cochin, sur une femme atteinte d'aortite chronique, signalait le double bruit de souffle, au point de vue de son importance séméiologique ; il faisait voir que ce double bruit de souffle ne pouvait pas être l'indice d'un rétrécissement avec insuffisance aortique, parce que c'est au lieu de production du souffle qu'a lieu le maximum du bruit et c'était en effet en remontant vers la clavicule qu'il acquérait sa plus grande intensité.

3° *Douleurs rétro-sternales.* — C'est Corrigan qui, le premier, démontra que l'inflammation de la membrane qui tapisse l'aorte, peut donner naissance au groupe de symptômes connus sous le nom d'angine de poitrine et devait, par conséquent, être placée au nombre des causes de cette formidable affection. Grisolle pense au contraire que l'aortite n'est qu'un accident ou une complication de l'angine.

Contrairement à l'opinion de Grisolle, il est démontré que les douleurs rétro-sternales concourent avec les deux symptômes précédents, à former la triade symptomatique essentielle qui est l'apanage de l'aortite chronique; ces trois symptômes s'enchaînent et se complètent l'un l'autre et l'on peut, sans craindre d'être téméraire, affirmer que si l'un d'eux pris isolément, ne constitue pas un signe absolument pathognomonique, leur ensemble caractérise d'une manière irréfragable l'affection qui nous occupe.

On sait comment M. Peter explique les douleurs d'une nature si particulière qu'éprouve le malade ; il s'est même basé sur les caractères de cette douleur, pour en tirer des déductions relatives aux progrès de la lésion ; il prétend que

dans l'aortite, lorsque l'endartère seul est lésé, le symptôme douleur n'existe pas et il en donne pour raison que le revêtement interne des artères ne possédant ni vasa vasorum, ni nerfs, il est et reste insensible, même à l'état pathologique. Cependant, même dans ces cas, le malade éprouve une sensation de gêne, de pesanteur, de distension qui se produit soit à la suite d'un effort, soit à la suite d'une émotion. C'est alors que cette sensation se transformerait en une douleur rétro-sternale, lorsque le processus morbide a atteint le tissu cellulaire circonvoisin ou les nerfs ou les organes adjacents. M. Jaccoud, sans s'inscrire en faux contre cette interprétation pathogénique des faits, n'admet cette conclusion générale qu'avec réserve en s'appuyant sur l'insuffisance des renseignements fournis par le nombre trop restreint des faits tirés de l'anatomie pathologique.

Quoi qu'il en soit de l'explication, le fait existe et il est irrécusable. Un malade, atteint d'aortite chronique, éprouve *tôt ou tard* les symptômes de l'*angor pectoris*, avec ses irradiations aussi nombreuses que variées. Nous ferons remarquer en passant, sans en risquer une explication, nous ferons remarquer ce fait que plusieurs de nos malades ne pouvaient tolérer que le décubitus latéral droit et que toute autre position, notamment le décubitus latéral gauche, réveillait les douleurs ainsi que la *dyspnée*, qui en est la fidèle compagne. Cette dyspnée serait due à la lésion des nerfs phrénique et pneumogastrique; de fait, nous avons vu cette dyspnée acquérir son maximum d'intensité chez le malade de l'observation I, et à l'autopsie nous trouvions un œdème remarquable des deux nerfs en question.

Nous avons parlé incidemment de l'intensité plus ou moins grande de la douleur; elle présente cet autre caractère, qui est du reste en corrélation avec le premier, qu'elle est continue ou paroxystique. Dans le premier cas, c'est la sensation

de déchirure, de constriction, de barre transversale, en d'autres termes ce sont les douleurs rétro-sternales continues; dans l'autre, c'est l'angine de poitrine, « cette pause de la vie, cette sensation lipothymique d'une mort imminente. » Ajoutons que les attaques de l'angine de poitrine surviennent presque toujours la nuit.

ARTICLE DEUXIÈME.

Signes indirects ou secondaires de l'aortite chronique.

A. *État du pouls.* — Nous avons placé l'état du pouls en tête des signes secondaires, car son importance est prédominante quand il existe; si, en effet, l'artère radiale est atteinte par le processus dégénératif, il y a de grandes chances pour que l'aorte le soit dans une assez bonne partie de son étendue.

L'aorte et la radiale ayant perdu leur élasticité, on prévoit quelles seront les modifications de la pulsation normale. Le pouls est fort, brusque, dépressible et bondissant; ce sont là les caractères du pouls de Corrigan. Tous les tracés sphygmographiques que nous avons pris en témoignent surabondamment; la ligne d'ascension du tracé est verticale, le sommet physiologique est remplacé par le plateau horizontal, plateau de l'athérome et la ligne de descente est oblique et sans dicrotisme (pouls sénile de Marey). L'exploration du pouls avec le doigt indique les changements survenus dans la forme et les rapports du vaisseau : elle est rigide (tuyau de pipe, plume d'oie), parce que l'élasticité du vaisseau a disparu et que ses parois sont devenues plus épaisses; de plus, l'ondée ventriculaire venant frapper avec une grande force (le ventricule gauche étant presque toujours hypertrophié),

la radiale et celle-ci ne réagissant plus, il en résulte nécessairement une distension et une élongation du vaisseau, distension et élongation d'autant plus marquées que l'altération de la paroi est plus considérable; la conséquence de cet allongement c'est que l'artère, comprise entre deux points fixes, devient nécessairement flexueuse. Enfin, cette même artère peut prendre la forme d'un chapelet, si, ce qui est très rare, l'altération n'a porté que sur des points très limités de la circonférence du vaisseau.

B. — *Pâleur des téguments et refroidissement des extrémités.* — Ces deux symptômes qui, généralement, marchent de pair ont acquis aux yeux de certains cliniciens un intérêt assez puissant pour qu'ils lui accordent une importance capitale.

Les gens atteints de maladies du cœur ont le plus souvent le facies vultueux et congestionné; ce n'est que dans les cas de rétrécissement aortique que l'on voit pâlir certains cardiopathes, mais aucun, dit Bucquoy, ne présente cette pâleur à un degré aussi avancé que les individus atteints d'aortite. Nous avons observé trois fois cette teinte blafarde et comme terreuse des téguments (obs. I, III et VII). Dans d'autres circonstances, la pâleur peut faire place à la cyanose ou à l'ictère; on a évidemment affaire alors à des complications mitrales ou hépatiques. Le refroidissement des extrémités suit une marche à peu près parallèle; nous pensons néanmoins qu'il n'est pas spécial à l'aortite chronique et qu'on peut l'observer dans beaucoup d'autres affections qui intéressent le grand sympathique, sans que l'aorte soit elle-même atteinte, dans la péricardite, par exemple.

La pâleur des téguments s'explique d'elle-même; il va de soi que le sang, en passant dans le canal aortique, trouve des obstacles multiples à sa circulation ce qui amoindrit d'au-

tant la circulation périphérique; le même phénomène se produira *à fortiori* lorsque l'orifice aortique sera rétréci.

C. — *Hypertrophie ventriculaire gauche — Rétrécissement et insuffisance aortique. — Péricardite.* — Si l'hypertrophie du cœur, et en particulier du ventricule gauche, est la règle dans les lésions d'orifices et de valvules, il est également très commun de l'observer dans l'aortite chronique en l'absence des lésions précitées; quelquefois cette hypertrophie fait place à la dégénérescence graisseuse de l'organe, cas auquel surviennent des accidents semblables à ceux qui se produisent, quand les lésions valvulaires ne sont pas compensées; congestions viscérales multiples, anasarque, albuminurie, etc.; cette dégénérescence ne tiendrait-elle pas à l'altération des artères coronnaires?

Le rétrécissement et l'insuffisance aortiques ne sont pas à proprement parler des signes de l'aortite chronique; ce sont des complications, à peu près fatales qui surviennent au même titre et plus souvent que la péricardite; on conçoit facilement que le travail pathologique qui a frappé l'aorte puisse atteindre l'orifice ou les valvules et déterminer par les dépôts calcaires, la sténose de l'orifice; quant à l'insuffisance, elle est presque toujours mécanique, et nous avons déjà signalé son existence.

Il n'est donc pas étonnant de rencontrer une matité considérable de la région précordiale, pas plus que les bruits de souffle systolique ou diastolique soit à leur lieu d'élection habituel, soit même un peu plus haut, en raison du déplacement de l'orifice dû à l'augmentation de volume de l'organe.

Citons encore la péricardite dont l'existence s'explique facilement, si l'on songe au voisinage immédiat de l'aorte; cette péricardite est liée, d'après Bucquoy, à la propagation

de l'inflammation du canal artériel, laquelle se transmet au péricarde.

D. — Pour compléter ce tableau des symptômes secondaires de l'aortite chronique, mentionnons les pulsations violentes des vaisseaux que Bouillaud considère comme ayant une grande valeur; ces pulsations n'ont, en somme, rien de bien important, puisqu'elles ont manqué dans les cas d'aortite observés par Bouillaud lui-même.

Thierfelder attache beaucoup d'importance à la toux très fréquente et très dure qu'on observe dans certains cas, mais non dans tous; cette toux ne doit-elle pas plutôt être rapportée à la congestion hypostatique révélée par les râles humides que l'on entend aux bases de poumons chez les malades qui sont depuis longtemps dans le décubitus dorsal.

Signalons, enfin, l'arc sénile dont Canton a depuis longtemps signalé la coïncidence avec l'état graisseux du cœur et qui peut se rencontrer chez des sujets atteints d'athérome artériel.

FIN.

Vu bon à imprimer:
Le Doyen,
CASTAN.

Vu:
Le Président censeur,
DUPRÉ.

Permis d'imprimer:
P. le Recteur de l'Académie,
Le Doyen de la Faculté de Droit délégué,
VIGIÉ.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !